

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1894

THÈSE

N° 512

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 26 juillet 1894, à 1 heure

Par MIRZA-ZEYNEL-ABEDINE-KHAN MOÏN-OL-ATEBBA

LA NÉVROSE CARDIAQUE

DES ARTHRITIQUES

Président : M. DIEULAFOY, professeur.

*Juges : MM. { PROUST, professeur.
CHARRIN, ROGER, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1894

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1894

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 26 juillet 1894, à 1 heure

Par MIRZA-ZEYNEL-ABEDINE-KHAN MOÏN-OL-ATEBBA

LA NÉVROSE CARDIAQUE

DES ARTHRITIQUES

Président : M. DIEULAFOY, professeur.

*Juges : MM. { PROUST, professeur.
 { CHARRIN, ROGER, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

45, Rue Racine, 45

—
1894

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DIEULAFOY
	DEBOVE
Pathologie chirurgicale.	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.	TERRIER.
Pharmacologie.	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.	LANDOUZY.
Hygiène.	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBENE.
Pathologie comparée et expérimentale.	STRAUS.
	G. SÉE.
	POTAIN.
Clinique médicale	JACCOUD.
	HAYEM.
	GRANCHER.
Maladie des enfants	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	
Clinique chirurgicale	TILLAUX.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Cliniques d'accouchements	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrégés en exercice

MM. ALBARRAN	MM. DELBET	MM. MARIE	MM. RICARD
ANDRÉ	FAUCONNIER	MAYGRIER	ROGER
BALLET	GAUCHER	MENETRIER	SCHWARTZ
BAR	GILBERT	NELATON	SEBILEAU
BRISAUD	GLEY	NETTER	TUFFIER
BRUN	HEIM	POIRIER, chef	VARNIER
CHANTEMESSE	JALAGUIER	des travaux	VILLEJEAN
CHARRIN	LEJARS	anatomiques	WEISS
CHAUFFARD	LETULLE	QUENU	
DEJERINE	MARFAN	RETTERER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A SA MAJESTÉ IMPÉRIALE LE SCHAH DE PERSE

A SON ALTESSE IMPÉRIALE LE PRINCE HÉRITIER

Qui ont bien voulu nous autoriser à venir en France augmenter la somme de nos connaissances médicales et chirurgicales.

Avec l'expression de notre plus profonde reconnaissance et l'assurance de notre plus respectueux dévouement.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR DIEULAFOY

Médecin de l'hôpital Necker
Membre de l'Académie de médecine
Officier de la Légion d'honneur

Un de nos maîtres particuliers, pour l'honneur qu'il veut
bien nous faire en acceptant la présidence de notre thèse.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BROUARDEL

Doyen de la Faculté de médecine
Membre de l'Institut
Membre de l'Académie de médecine
Commandeur de la Légion d'honneur

A NOS MAITRES DE LA FACULTÉ
ET DANS LES HOPITAUX

Qui par leur bienveillance toute spéciale et leurs conseils
affectueux nous ont permis de tirer le meilleur parti pos-
sible de notre séjour en France, ce centre de lumières.

A M. LE DOCTEUR THOLOZAN

Medecin particulier de S. M. I. le Schah de Perse

Qui a dirigé nos Études Médicales, à Téhéran.

LA NÉVROSE CARDIAQUE

DES ARTHRITIQUES

Nous avons eu souvent, au cours de nos études, soit dans notre pays, soit dans les hôpitaux de Paris, l'occasion de voir des malades tourmentés par des palpitations, des syncopes, des crises douloureuses, etc.

Cet ensemble de symptômes nous intéressait d'autant plus que les exemples n'en manquent point parmi nos compatriotes. Là-bas comme ici nous avons constamment trouvé, à l'origine de ces accidents, une cause débilitante quelconque : excès de femmes, abus de tabac, émotions vives ; mais aussi nous avons relevé chez tous nos malades l'existence de désordres divers, migraines, attaques de rhumatisme, hémorroïdes, et cela non-seulement chez eux, mais encore chez les ascendants.

Deux faits nous ont frappé. Il est fréquent de voir de tels sujets offrir pour une cause légère, par exemple pour avoir un peu trop fumé, des

désordres violents, alors que d'autres ne présentaient pas le plus léger trouble cardiaque dans les mêmes conditions. D'autre part, certains sujets, les plus typiques précisément, n'avaient aucune autre tare nerveuse ; on ne trouvait chez ceux-ci ni les stigmates hystériques, ni les stigmates neurasthéniques si magistralement décrits par Charcot, en sorte que nous étions conduit à poser la question sous deux aspects :

1° L'idiosyncrasie qui rend certains sujets plus sensibles que d'autres à un excitant donné est-elle explicable ?

2° Existerait-il une forme particulière de névrose, la névrose du cœur, pouvant être et rester isolée ?

A cette double question, les faits nous semblent répondre d'une façon satisfaisante. Cette idiosyncrasie, c'est l'arthritisme ; quant à la névrose, nous croyons fermement à son existence.

Tout d'abord délimitons nettement notre sujet. Les classiques définissent la névrose une affection dans laquelle les désordres restent purement fonctionnels, sans lésion anatomique appréciable. Cette définition exclut de notre cadre les cardiopathies vraies dans lesquelles l'examen nécroscopique révèle toujours une altération.

Il nous reste donc comme thème de cette étude les altérations de rythme, de sensi-

bilité, de motilité ; nous avons donc à examiner des arythmies, des tachycardies, des bradycardies, des angines de poitrine, des insuffisances fonctionnelles par dilatation.

Toutefois, on ne peut songer à élever chacune de ces têtes de chapitre au rang d'entité morbide. Tel malade est en effet tachycardique et angineux ; tel autre aura des palpitations intermittentes, et sera en même temps atteint d'asystolie passagère.

Enfin, une grande difficulté se présente. Ou bien c'est un véritable cardiaque, avec lésions constatables à l'autopsie, qui offrira des crises de *fausse* angine de poitrine. Ou encore c'est un malade affecté de goître exophtalmique, qui offrira en même temps que les accidents caractéristiques de sa névrose, les signes indiscutables d'une affection valvulaire.

Dès le début, la difficulté de cette étude apparaît donc très grande. Une autre considération vient encore la compliquer.

La névrose, avons-nous dit, se caractérise par l'absence des lésions matérielles. On a donné aussi un autre caractère : c'est l'instabilité. Voyons ce que valent ces deux termes de la définition classique.

L'absence de lésions matérielles est déjà fort discutable, attendu que cette expression doit s'entendre, dans la plupart des cas, de l'absence de constatations. Trousseau définissait l'ataxie

une névrose : les recherches de Chaslin sur les scléroses névrogliques du cerveau ont montré que l'épilepsie avait, du moins dans les cas soumis à son examen, une origine anatomiquement définie. Qui nous dit que dans un avenir plus ou moins éloigné, peut-être à l'heure où nous écrivons, plus d'une névrose ne sera pas rapportée à une lésion matérielle, peut-être grossière, mais que nous ne savons pas voir ?

Quant à l'instabilité, elle semble au premier abord un argument concluant contre la théorie anatomo-pathologique. Comment concilier l'existence d'une lésion matérielle, nécessairement durable, avec la disparition instantanée d'un symptôme ? Au premier abord, l'objection semble décisive ; nous la croyons cependant plus spécieuse que vraie.

Qu'est-ce qui disparaît, en effet, quand on voit chez une hystérique les attaques alterner avec des hémâtémèses ou avec tout autre accident ? Un simple symptôme, qui est immédiatement remplacé par un autre relevant de la même cause. Mais, dira-t-on, l'objection subsiste toujours : on ne peut admettre, en effet, le transport d'une altération anatomique d'un point à un autre ! une pareille supposition est, en effet, absurde. Mais il n'y a pas seulement à compter avec les lésions histologiques ou microscopiques. A côté d'elles, il y a les lésions chimiques. Ces lésions, ce n'est pas l'autopsie qui

nous les révélerait : tout au plus peut-elle nous faire voir quelques-uns de leurs résultats. C'est la chimie clinique qui nous les montre.

Or, cette chimie, pour avancée qu'elle soit par les travaux de ces dernières années, est encore dans l'enfance. Mais elle nous a donné une notion importante : c'est celle du groupe des maladies par ralentissement de la nutrition. Ce groupe, qui n'est autre que l'arthritisme, a une caractéristique chimique en rapport avec une caractéristique clinique, et les névroses cardiaques que nous étudions en font partie.

C'est ce que nous espérons mettre en lumière dans les pages qui vont suivre.

HISTORIQUE

Comme pour toutes les questions nouvelles, l'historique de celle-ci est à la fois très riche et très pauvre. Très riche, car on sait que tout a été dit, et qu'il n'est pas une découverte moderne dont on ne puisse, avec un peu de bonne volonté, trouver le germe dans Hippocrate. Les anciens connaissaient anciennement les palpitations nerveuses, mais ils ne les distinguaient pas des maladies organiques du cœur. Parmi les auteurs, dont les noms dominent la pathologie cardiaque moderne, Corvisart, Beau, Bouillaud, méritent dans cette énumération une place d'honneur. Le lien qui unit certains états nerveux aux troubles cardiaques n'avait pas échappé à l'esprit si profondément observateur de Laënnec. Mais c'est avec les recherches tout à fait modernes que se crée véritablement l'histoire des manifestations nerveuses du côté du cœur. Le *Traité de l'hystérie* de Briquet, *Le nervosisme* de Bouchut, les mémoires de Beard, de Weir-Mitchell, le livre de Bouveret, les travaux de Charcot et de son école, font une place importante dans la nosographie aux troubles cardiaques. Mais l'inter-

prétation pathogénique ne semble pas préoccuper beaucoup ces auteurs, plus attirés par la description d'une grande névrose mal connue, la neurasthénie, que par l'interprétation de certains de ses détails.

Cette époque-ci pourrait s'appeler, en matière de névroses, l'époque de la synthèse. Pendant un temps, sous l'impulsion des idées de Charcot, l'hystérie absorbe tout. Puis le maître lui-même distrait certains phénomènes du cadre de la grande névrose, les rattache à la maladie de Beard, et crée à côté des stigmates hystériques, les stigmates neurasthéniques.

A ce moment, personne ne songe à créer à côté des névroses fondamentales une petite place à des névroses accessoires.

Cependant depuis longtemps déjà Krishaber avait montré la voie en décrivant la névropathie cérébro-cardiaque. S'il avait vu nettement les rapports de la maladie qu'il étudiait avec l'arthritisme, nous n'aurions rien à décrire aujourd'hui. Il ne lui a manqué qu'une notion plus exacte de la chimie pathologique.

Disons cependant que sa conception était plus compréhensible que la nôtre, probablement en raison de la complexité plus grande de ses cas. Les malades ne sont pas uniquement des cardiopathes, ou plutôt des cardio-névropathes. Il existe, dit-il, « quatre groupes de symptômes constants.... ce sont : 1° des troubles des sens ;

2° des troubles de la locomotion ; 3° des troubles de la circulation ; 4° des symptômes secondaires ». Or, en fait de troubles des sens, nos malades ne présentent que de l'hyperesthésie auditive ; encore est-ce une hyperesthésie particulière, et ne se manifeste-t-elle pas chez tous. Les troubles de la locomotion font défaut, etc. Mais néanmoins le travail de Krishaber a pour nous un très grand intérêt ; car, si la complexité de ses cas l'a empêché de voir dans toute sa netteté l'élément cardiaque, il ne l'a cependant pas méconnu : le nom qu'il a donné à la névrose en est la preuve.

Cette notion, nous la retrouvons aujourd'hui dans un petit opuscule de M. Vigouroux, travail récent qui fait franchement de la neurasthénie un épisode de l'arthritisme.

Tel est l'historique d'ensemble de la question. Mais les détails n'ont pas été oubliés : les travaux de Gélineau, de Leclerc, la thèse plus récente d'Albot ont précisé les caractères de la fausse angine de poitrine, décrite sous le même nom par M. Huchard, sous le nom de cardialgie par M. G. Sée. Mais tous ces auteurs, sauf le dernier, sont dominés par la préoccupation constante de faire rentrer dans l'hystérie les phénomènes qu'ils observent.

Nous en aurons fini avec cette énumération en citant les recherches des physiologistes et des cliniciens sur le fonctionnement du cœur à

l'état normal et à l'état pathologique, et en signalant le recueil des mémoires publiés par M. Duroziez sous le titre d'*Études sur les maladies du cœur*, où l'on trouve bien décrite une forme spéciale de cardio-névrose, le pseudo-rétrécissement mitral.

DÉSORDRES RELEVANT DE LA NÉVROSE CARDIAQUE

Les accidents de la névrose peuvent être répartis en deux groupes : les arythmies, les insuffisances fonctionnelles par dilatation.

Chacun de ces groupes est lui-même susceptible d'être subdivisé. Ainsi nous trouvons dans les arythmies un type spasmodique, la palpitation : un type accéléré et un type ralenti, la tachycardie et la bradycardie, un type arythmique pur.

TYPE SPASMODIQUE

Laënnec et Bouillaud ont dit avec juste raison que le désordre des battements n'est pas une palpitation. Ce qu'il faut pour que le désordre cardiaque mérite ce nom, c'est qu'il s'accompagne d'une sensation douloureuse.

Ainsi comprise, la palpitation occupe encore dans la nosographie des névroses cardiaques une place importante : car les malades, assez indifférents aux arythmies pures qu'ils ignorent le plus souvent, se préoccupent beaucoup de ces battements qui leur ébranlent la poitrine.

Dans l'accès typique de palpitation les battements restent réguliers ; leur intensité est bien moins accrue pour la main ou l'oreille de l'observateur que pour le malade. A l'auscultation les bruits sont tantôt assourdis et tantôt éclatants, ce dernier caractère étant plus fréquemment noté que l'autre.

Mais caractère important en ce qui marque bien l'importance de l'élément névrosique, les palpitations procèdent par crises, par accès, dont le retour est influencé par les causes les

plus diverses, les mêmes généralement pour un malade donné.

Voici un fait assez typique à ce point de vue.

OBSERVATION I

M. L. G..., étudiant en médecine, fils et petit-fils de rhumatisants. Lui-même migraineux et hémorroïdaire, a commencé il y a quelques années déjà à souffrir de palpitations intermittentes. Les palpitations sont toujours ramenées par la même cause, un bruit inattendu.

Nous avons été témoin d'un de ces acces. M. L. G. s'était endormi ; nous eûmes le malheur de faire tomber un gros livre sur le plancher à côté de lui. Immédiatement M. L. G. se réveille, pâlit, porte la main à son cœur et reste pendant un moment haletant ; le pouls n'est pas accéléré ; l'auscultation pratiquée à travers les vêtements, n'indique pas d'irrégularité et les bruits nous paraissent plus éclatants qu'à l'état normal.

Fait remarquable, ni la cause ni les émotions ordinaires ne donnent de palpitations au malade. Une seule cause est capable de les engendrer chez lui : c'est une sensation auditive. A part cette forme spéciale d'impression obolite, M. L. G. est bien portant, très bien équilibré, très travailleur, ne fume pas et ne fait aucun excès.

Notons en passant, l'arthritisme nettement accusé chez lui par les antécédents héréditaires et l'état général.

OBSERVATION II

M. M..., âgé de 43 ans, né en Perse. Père mort d'angine de poitrine à 66 ans. Mère morte hémiplegique à 61 ans.

Comme antécédents personnels, nous relevons dans l'histoire de M. M... : une attaque de choléra à l'âge de 14 ans, la fièvre typhoïde à 20 ans ; à 22 ans des accès de fièvre palustre, d'abord à type quotidien, ensuite à type tierce.

En 1884, insomnies consécutives à une grande émotion et au surmenage intellectuel. On lui pratique une saignée du bras, à peine cette opération est-elle faite qu'une syncope se produit ; la perte de connaissance dure quelques minutes ; au réveil état nauséux sans vomissements ; à partir de ce moment palpitations cardiaques tellement intenses que le thorax est ébranlé et que les secousses s'aperçoivent à travers les vêtements. Ces palpitations s'accompagnent d'une douleur sourde, au niveau du mamelon et des espaces intercostaux gauches, avec irradiations vers l'estomac et l'aisselle ; à la main, l'impulsion cardiaque est énergique. De l'aisselle gauche coule constamment une sueur abondante, la peau est le siège de picotements. En somme, il s'agit d'une violente névralgie intercostale, mais elle est manifestement sous la dépendance des troubles cardiaques.

En même temps, on notait chez M. M... un foyer douloureux fixe au point du cœur ; la respiration était gênée, le besoin d'air tellement impérieux, que, malgré le froid de l'hiver, M. M... était contraint de laisser sa fenêtre constamment ouverte, même la nuit. Peu à peu, aux accidents cardiaques vinrent s'ajouter des phénomènes de dépression nerveuse, des idées hypochondriaques, la sensation d'une

mort prochaine ; le malade devint misanthrope, impatient ; l'insomnie qui le tourmentait cédait à peine deux ou trois heures chaque nuit à l'emploi de médicaments ; l'amaigrissement, dû à la fois à l'insomnie, à la douleur, à l'absence de nourriture amenée par le dégoût des aliments, faisait de rapides progrès : le malade perdit 11 kilos. Les forces se perdaient en même temps. Les mouvements étaient lents et paresseux, la sensibilité normale ; seule, l'ouïe, demeurée très fine, percevait les bruits les plus légers.

L'aspect général du malade était donc celui d'un neurasthénique, mais avec une telle prédominance des accidents cardiaques qu'on ne pouvait s'empêcher de croire l'état neurasthénique secondaire. On ne constatait d'ailleurs chez lui ni la céphalée en casque ni la plaque sacrée de Charcot.

A cette période, le patient ne se plaignait en somme que du cœur. Toute la région précordiale était hypéresthésiée au point de rendre insupportable le contact de la chemise. Il tenait habituellement sa main droite au devant du cœur, sa physionomie exprimait l'anxiété.

Les désordres cardiaques, l'arythmie, la douleur, ainsi que les sueurs locales de l'aisselle, existaient d'une façon permanente ; mais il y avait des paroxysmes, provoqués le plus souvent par l'audition d'un bruit inattendu. Pendant ces paroxysmes le pouls, irrégulier, battait 100-110 ; les extrémités se refroidissaient légèrement, il y avait une tendance à la syncope.

Toutes les médications cardiaques échouèrent ; quelques-unes même, telles que l'administration de la digitale, aggravèrent les accidents. Enfin, après un an de souffrances, M. M... se soumit à un régime comportant une dose quotidienne de 4 à 5 grammes de bromure de potassium, une quantité modérée de vin généreux, et des bains froids d'une demi-

heure. Ces procédés amenèrent une prompte amélioration, qui ne s'est pas démentie depuis.

Fait intéressant, depuis 10 ans que la guérison est complète, le malade n'a cessé de fumer, à raison de trente à quarante cigarettes par jour. Le tabac n'a aucune influence sur l'état du cœur. Mais, par contre, le plus léger excès de thé ou d'alcool, une insomnie, une émotion, font reparaître un accès, mais peu intense. La santé générale est excellente, le poids est redevenu normal, et atteint maintenant 63 kilos.

BRADYCARDIE

OBSERVATION III

M. B..., 27 ans, grand fumeur (une trentaine de cigarettes par jour), est un arthritique de race. Atteint de migraines fréquentes, sujet à des douleurs musculaires, M. B... est fils d'un goutteux et d'une mère nerveuse. A l'exception de ses migraines, il n'offre aucun trouble appréciable de la santé.

Un jour, il nous apprend que son pouls bat parfois très lentement ; au moment de notre premier examen, il est à 60. Mais le lendemain, après une mauvaise nuit, il est tombé à 42. L'ascension rapide d'un escalier de deux étages ne modifie pas le nombre des pulsations ; mais après le repas, elles atteignent presque le chiffre normal (70).

Le ralentissement ne préoccupe d'ailleurs pas M. B..., qui nous affirme n'en éprouver aucun inconvénient.

OBSERVATION IV

Brachycardie avec dyspnée.

M. G..., 42 ans, a dans ses antécédents une syphilis très bénigne ; à part cela, sa santé a toujours été bonne, en ce sens qu'il n'a pas eu d'affection grave. Mais il est migraineux, hémorroïdaire. Son père est mort d'accidents cérébraux ; sa mère était nerveuse.

Quand nous le voyons pour la première fois, il est affecté d'une légère dysurie. En raison de la vie qu'il mène et des conditions dans lesquelles se manifestent les troubles urinaires, nous pensons à de la lithiase rénale et vésicale. M. G..., voyage pour une grande maison de commerce: il est constamment en chemin de fer et vit à l'hôtel, conditions très favorables à la production de la lithiase rénale. Cependant ni l'examen local, ni l'analyse de l'urine, ne confirment cette hypothèse, et les désordres urinaires sont mis sur le compte d'accidents nerveux.

L'année suivante, au commencement de l'hiver, M. G..., est pris d'étouffements qualifiés successivement d'asthme, de dyspnée cardiaque, de dyspnée urémique. Or, à ce moment l'examen donne les résultats suivants :

Le cœur bat très lentement, à peine 50 fois par minute, il est assez régulier, mais cependant quelques intermittences se produisent de temps en temps. Il n'y a d'ailleurs ni souffle ni bruit de galop. L'auscultation de l'aorte est négative : mais la palpation révèle des battements épigastriques d'ailleurs perçus par le malade. L'examen de la poitrine ne montre rien d'anormal.

Malgré cela, en raison de l'âge du malade, de l'absence d'autres signes de neurasthénie, de la syphilis antérieure, on institue le traitement ioduré, qui est fort mal toléré, même à petites doses, et détermine des accidents sérieux d'iodisme. En présence de cette intolérance, qu'aucun avantage ne compense, on se décide à conseiller le changement d'air et le malade part pour Nice.

Pendant le voyage, et après l'installation, les accidents dyspnéïques ne s'amendent pas. On fait alors refaire une analyse d'urine selon les indications de M. Gautrelet. Cette analyse montre : 1° une augmentation de l'acidité; 2° un

abaissement de l'urée et de l'acide urique; 3° une diminution des phosphates; 4° de l'acide lactique libre; 5° de l'indican. Le régime anti-arthritique est très rigoureusement institué, sans adjonction d'aucune autre médication.

Aujourd'hui, six mois après l'application de ce régime, M. G... est considérablement amélioré : la dyspnée a tout à fait disparu, bien que les nécessités professionnelles n'aient pas permis à M. G... de réformer son genre de vie. Le cœur, toujours indemne de bruits anormaux, bat en moyenne 70 fois.

TACHYCARDIE

Si l'on ouvre, soit le *Traité de Médecine* de MM. Charcot et Bouchard, soit l'intéressante thèse de Larcena, qui a fait de la question une étude complète, on voit que la tachycardie peut relever de causes multiples. Il y a des tachycardies symptomatiques, fébriles ou apyrétiques, une tachycardie spéciale appartenant à la maladie de Basedow, et enfin une affection bizarre, bien décrite par M. Bouveret; la tachycardie paroxystique essentielle.

Or, il existe des malades qui ne rentrent exactement dans aucune des catégories précédentes. Ce ne sont ni des fébricitants, ni des hystériques : ils n'ont pas de goître exophtalmique. Ils ne sont pas davantage atteints de cette grave affection qui est la tachycardie essentielle paroxystique. Un exemple que nous avons eu sous les yeux fera mieux comprendre ce que nous voulons dire.

OBSERVATION V

Mlle D..., fille d'un fonctionnaire diplomatique, est une personne bien portante, âgée de 22 ans au moment où nous la voyons pour la première fois. Comme antécédents, rien

qui ait marqué. Une rougeole bénigne à 7 ans : Quelques migraines.

Au point de vue héréditaire, il y a des particularités intéressantes. *Père* mort subitement d'hémorrhagie cérébrale, obèse : trois oncles paternels morts de la même façon, obèses également. *Mère* migraineuse et rhumatisante. Deux sœurs, l'aînée tuberculeuse, la jeune chlorotique. *Un frère* constipé, obèse, hémorrhédaire ; un autre frère nerveux à l'excès, déséquilibré, absolument sur la limite de l'aliénation mentale.

Quant à la personne qui fait le sujet de cette observation, elle est plutôt nerveuse, mais sans excès. Pas d'attaques de nerfs, pas de points hystérogènes. Le seul accident dont elle se plaigne, et encore n'y eût-elle pas prêté attention sans l'insistance de sa mère, c'est une accélération considérable des battements cardiaques : son pouls, d'ailleurs régulier, bat constamment de 110 à 140. Il n'existe d'ailleurs aucun signe de goître exophtalmique. Nous ne trouvons aucune cause capable d'expliquer cette tachycardie, qui semble constante, mais ne s'accompagne d'aucun trouble sérieux de la santé.

L'hydrothérapie a plutôt aggravé les accidents, en tous cas elle n'a apporté aucun soulagement, ou plutôt aucune atténuation.

Cet état persiste pendant plus d'un an, toujours avec la même intégrité de la santé générale. A ce moment, la jeune malade a une attaque légère de rhumatisme ; pendant la convalescence, elle commence à engraisser, et offre depuis lors tous les caractères de l'obésité. En dépit du régime de l'hygiène, M^{lle} D... devient paresseuse, somnolente : actuellement, six ans après notre premier examen, elle pèse, poids considérable pour une femme, 96 kilog. Le cœur est absolument calme, et le pouls ne dépasse ordinairement pas 60-70.

TYPE DOULOUREUX OU PSEUDO-ANGINEUX

Les sujets affectés de cette forme de névrose rentrent dans la catégorie des cardiacalgiques de M. Sée, des pseudo-angineux de M. Huchard ; ce sont ces malades, très inquiétants, chez qui on peut craindre à tout instant un dénouement fatal ; mais ce dénouement ne se produit pas, ou tout au moins se fait attendre, et, quand il a lieu, c'est par un tout autre mécanisme que l'angine de poitrine.

Le plus souvent, ces malades sont des hystériques ; certains même, que l'on serait tenté de classer parmi les angineux, n'ont à un examen plus approfondi qu'une violente névralgie intercostale.

Mais, mettant à part les erreurs de diagnostic possibles, il reste encore un certain nombre de sujets chez qui surviennent des accès douloureux, offrant nettement à la gravité près, le type classique de l'angine de poitrine vraie.

Les faits de cet ordre ont été bien étudiés par Parrot d'abord, puis par M. P. Marie, et enfin par M. Leclerc.

Ces crises peuvent se présenter dans des con-

ditions qui rendent presque fatale une erreur de diagnostic : c'est lorsqu'elles frappent un sujet manifestement atteint d'une affection organique du cœur. Les faits de cet ordre ont été réunis par Albot, qui en a fait une consciencieuse étude. Tous ses malades sont des arthritiques ; la plupart sont hystériques. Mais celui qui fait le sujet de son observation I est plutôt un alcoolique, tabagique, qu'un hystérique vrai.

OBSERVATION VI

M. K..., âgé de 26 ans, nous consulte pour des troubles cardiaques consistant en douleurs violentes de la région précordiale. Ces douleurs se manifestent par crises intenses, alternant avec des névralgies dentaires.

M. K... a toujours joui d'une bonne santé jusqu'à l'année dernière : au commencement de l'hiver, il a éprouvé de violentes douleurs dans le bras gauche ; ces douleurs portaient de l'articulation du coude ankylosé à la suite d'un accident (luxation en arrière non réduite). Elles ont gagné ensuite le poignet, où le malade éprouvait une sensation de constriction violente. Ces douleurs ont fait place à des névralgies violentes de la face, qui reparaissent encore de temps en temps.

La recherche des antécédents héréditaires donne des résultats intéressants. Le père de M. K... est diabétique, sa mère est une rhumatisante, nerveuse ; il a un frère également nerveux. Le malade est lui-même très nerveux et très impressionnable : il a de gros soucis d'argent et se livre à d'impor-

tants travaux littéraires, tout en donnant des leçons. D'ailleurs il ne fait aucun excès, ne boit pas, ne fume jamais.

L'examen donne les résultats suivants : l'appareil digestif est absolument sain, l'appétit bon, même pendant les crises douloureuses. Les dents sont parfaitement saines. Rien aux poumons.

Les douleurs précordiales se produisent par accès de plusieurs heures de durée ; elles débutent par une sensation d'engourdissement, suivie de fourmillements qui partent du poignet, remontent vers l'épaule et se propagent jusqu'à la région précordiale. A ce moment la douleur éclate : elle est atroce, le malade la compare à une sensation de déchirement combiné avec une pression violente. La peau n'est pas hyperesthésiée ; quant au cœur, il bat régulièrement, 75-80 fois par minute, sans souffles ni bruits anormaux. Quand la douleur se calme, les battements s'accélèrent. On ne trouve aucune cause provocatrice de l'accès. M. K. habite un appartement très sain, bien aéré, bien éclairé, sans trace d'humidité.

Du côté de l'appareil nerveux, rien à noter. Aucun stigmate hystérique. Pas de casque neurasthénique, pas de plaque sacrée. Il y a un peu de tristesse, mais sans préoccupations exagérées, et motivée seulement par la crainte de ne pouvoir continuer à travailler, les douleurs empêchant parfois tout sommeil.

M. K... a essayé de presque tous les analgésiques connus, sauf la morphine à laquelle, dit-il, il craindrait de s'habituer. L'antipyrine, le salicylate de soude, n'amenèrent qu'un soulagement passager. Seule, l'hydrothérapie associée au repos complet et à la vie à la campagne, ont eu une action favorable. Après deux mois de séjour dans le midi de la France, M. K... revient absolument débarrassé de ses douleurs cardiaques et dentaires.

Nous avons appris dernièrement qu'elles avaient reparu, mais moins intenses que la première fois, à la suite de fatigues excessives.

OBSERVATION VII

Communiquée par notre ami le Dr P...

M. P. ., 54 ans, commerçant, est atteint depuis plusieurs mois de troubles cardiaques assez complexes. Ce sont d'abord des phénomènes douloureux, affectant l'allure d'une constriction violente de la base du thorax; et ensuite des palpitations et de l'oppression qui se manifestent à l'occasion du moindre effort.

Antécédents héréditaires. — Père mort diabétique. Mère morte à 55 ans d'hémorrhagie cérébrale.

Antécédents personnels. — Bonne santé jusqu'à trente ans. A cette époque troubles dyspeptiques dus probablement à des fatigues et à des privations. Depuis, jusqu'en 1892, santé excellente, mais surmenage physique et cérébral, le malade étant à la tête d'une importante affaire industrielle qui nécessite une constante tension d'esprit.

Il y a deux ans, en marchant dans la rue, M. P... éprouve dans la poitrine comme une sensation de coup de poing, il est obligé de s'arrêter. Au bout de quelques instants il peut reprendre sa marche; le soir, en se déshabillant, il éprouve la même douleur. Depuis lors, le phénomène douloureux se reproduit tout les jours, et même plusieurs fois dans la journée, à l'occasion du moindre effort. Depuis deux mois, l'ap-

pétit est perdu ; l'ingestion des aliments provoque des brûlures, des renvois, etc.

Etat actuel. — Le faciès de M. P... est absolument celui d'un cancéreux : la maigreur est très marquée, le teint jaunâtre. L'examen des organes donne les résultats suivants :

Cœur. — Région précordiale et partie supérieure de la poitrine hypéresthésiées. La suppression des espaces intercostaux supérieurs est douloureuse, aussi bien à droite qu'à gauche. La pointe du cœur est en place (derrière la cinquième côte, en dedans du mamelon) l'impulsion très faible. A l'auscultation rythme embryocardique des plus nets. Pas de souffle.

Poumons. Auscultation à peu près négative. Quelques signes plus marqués d'emphysème.

Appareil digestif. Langue un peu blanche. Epigastre douloureux. La palpation ne révèle ni dilatation gastrique ni tumeur. Pas de vomissements, un peu de constipation alternant avec de la diarrhée. Hémorroïdes.

Système nerveux. M. P... accuse quelques maux de tête. Nous ne trouvons pas autre chose. Sommeil assez mauvais depuis quelque temps. De temps à autre, crampes dans les jambes.

Appareil urinaire. — Pas de polyurie. L'analyse de l'urine ne décèle aucune élément anormal ; l'urée est diminuée, il en est de même du phosphate. Elle est très acide.

Interrogé sur ses habitudes, M. P... nous affirme qu'il ne commet pas et n'a jamais commis d'excès. La seule passion qu'il ait, c'est le tabac. Il fume par jour « une trentaine de cigarettes, sept ou huit cigares, et quelquefois deux ou trois pipes ».

Nous lui prescrivons un régime alimentaire approprié, et d'abord le régime lacté absolu pendant quelques jours. Nous

y ajoutons l'eau de Vichy et nous conseillons la suppression absolue du tabac.

Deux mois après l'application de ce traitement, l'état de M. P... est très amélioré. La douleur précordiale a disparu, les battements de cœur sont normaux. Mais les accidents reparaissent dès que le malade fume, si peu que ce soit.

PSEUDO-AFFECTIONS VALVULAIRES

M. Duroziez est à notre connaissance le seul auteur qui ait osé affirmer l'origine nerveuse de certains signes stéthoscopiques simulant le rétrécissement mitral. Nous avons pu en observer quelques-uns. Pour nous notre conviction est faite ; il y a bien des accidents, justiciables du traitement hydrothérapique, si redoutable dans les vraies cardiopathies, qui simulent à s'y tromper les vraies affections valvulaires. Mais, et c'est par là que le diagnostic pourra être établi, elles n'en présentent que les signes stéthoscopiques : encore ceux-ci sont-ils intermittents ; quant aux signes fonctionnels, œdèmes, stases, etc., ils font défaut.

▼

CRISES ASYSTOLIQUES

Les recherches de MM. Potain et François Franck et celles de M. Teissier ont apporté à la pathologie cardiaque un chapitre nouveau. Ces auteurs ont montré que certaines affections douloureuses du foie, de l'estomac, de l'intestin, etc., avaient le privilège de provoquer par voie réflexe la dilatation du cœur droit et l'insuffisance tricuspidiennne. L'expérimentation a élucidé le mécanisme de ces dilatations, qui est aujourd'hui bien connu. L'excitation douloureuse ralentit sur le système vasomoteur des poumons et amène la contraction réflexe des vaisseaux pulmonaires. De là un surcroît de travail du cœur, une sorte de cœur forcé limité au cœur droit, entraînant avec la dilatation aiguë du ventricule la dilatation de l'orifice tricuspide.

Ces asystolies ont pour caractère principal de naître avec le paroxysme douloureux et de disparaître avec lui. C'est là un phénomène qui le rapproche des manifestations névrosiques que nous passons en revue ; mais il y a plus, et c'est pour cela que nous n'hésitons pas à en parler ici, bien que jusqu'à présent on n'ait pas songé à faire ressortir leur caractère névrosique, et qu'il

y ait peut-être quelque témérité à poser ainsi la question.

Chez qui, en effet, observe-t-on ces crises d'asystolie passagère ? Chez des sujets atteints de lithiase hépatique, de lithiase rénale, de corps fibreux utérins, de métrite, d'entéroptose, affections dont la nature arthritique est bien démontrée.

Il nous paraît en être de même pour les asystolies nerveuses, d'ailleurs mal définies, mais qui, d'après les ébauches de description que nous en possédons, semblent proches voisines de celles dont nous venons de parler. Peut-être aussi le cœur des jeunes soldats, les dilatations cardiaques de croissance décrites par M. Sée rentrent-elles dans la même catégorie. Encore une fois, nous n'affirmons rien.

Nous nous contentons de faire un rapprochement qui s'impose. Peut-être une étude plus approfondie de la question nous donnera-t-elle raison : peut-être infirmera-t-elle notre hypothèse, mais celle-ci peut avoir de l'intérêt et mettre sur la voie de constatations intéressantes ; c'est pour cela que nous l'émettons, avec l'espoir qu'elle éveillera l'attention des chercheurs.

GOITRE EXOPHTALMIQUE.

Nous devons ici dire un mot de cette grande névrose, si bien étudiée par les médecins français depuis Charcot. Son histoire clinique est faite, grâce surtout aux recherches de l'école de la Salpêtrière. Mais on n'est pas d'accord sur sa pathogénie. Névrose générale suivant les uns, au même titre que l'hystérie ou l'épilepsie : névrose à point de départ cardiaque suivant les autres, la maladie de Basedow nous apparaît comme une affection, où les phénomènes cardiaques prédominent. Peut-être représente-t-elle le point culminant, qu'on nous passe l'expression, de la névrose que nous étudions ? C'est une opinion que nous sommes bien loin d'affirmer, mais qui nous paraît digne de recherches plus précises et plus favorisées que les nôtres par le temps et l'abondance des matériaux.

PHYSIONOMIE GÉNÉRALE DE LA NÉVROSE CARDIAQUE

Nous espérons avoir montré, par les faits qui précèdent, les caractères particuliers, l'analyse symptomatique de l'affection que nous décrivons. Il nous reste maintenant à en faire la synthèse, en groupant dans une vue d'ensemble les caractères que nous venons d'énumérer.

Bien entendu, on ne peut prendre comme types de description que les cas purs ; dans la pratique, ces cas sont certainement moins nombreux que ceux où la névrose cardiaque se trouve masquée, déformée en quelque sorte, par l'adjonction de phénomènes d'ordre hystérique ou neurasthénique. Mais ils ne sont cependant pas rares : il suffit de savoir les chercher et les reconnaître.

Les malades ne se plaignent pas toujours. En dehors des palpitations et des crises pseudo-angineuses, il est rare que les déficiences du fonctionnement cardiaque retentissent notablement sur la santé générale. Ce retentissement *est apparent*. Quand il existe, il est le fait, soit de l'arthritisme et de ses manifestations multiples, soit de la névrose plus générale, hystérie

ou neurasthénie. Dans beaucoup de cas, c'est le hasard qui fait découvrir, soit une tachycardie, soit un cœur ralenti ou arythmique.

Un caractère important, c'est la constance de la cause provocatrice pour un malade donné. Chez l'un, c'est le tabac ; chez un autre ce sera le thé, les veilles, les excès ; chez tous, c'est le fond arthritique du tempérament, dénoncé par les antécédents, l'hérédité, l'analyse chimique des urines.

Il y a également, autant que nous avons pu en juger, une certaine fixité dans les manifestations. Chez tel malade, ce sont les palpitations ; chez un autre ce sera la tachycardie qui représentera le symptôme dominant.

En évoluant la névrose se modifie, soit par l'adjonction d'un phénomène plus grave dû à l'intercurrence d'une maladie infectieuse, soit par l'apparition de phénomènes plus classiques de l'arthritisme. A cet égard, l'observation que nous avons relatée à l'article « tachycardie » nous semble particulièrement instructive. Il s'agit là d'une obèse héréditaire, chez qui les manifestations névrosiques du cœur précèdent l'apparition de l'obésité et disparaissent quand celle-ci est réalisée.

ÉTIOLOGIE DE LA NÉVROSE

Tous les auteurs qui ont traité des états nerveux du cœur ont insisté sur les divers facteurs qu'ils considèrent comme indispensables au développement de ces états. Nous y voyons figurer les influences les plus diverses ; les unes toxiques comme le tabac, le thé (maladie des étudiants d'Édimbourg), le café ; les autres purement morales, le chagrin, les dépressions, les pertes d'argent, les déceptions de tout ordre ; quelques-unes enfin physiques et morales en même temps, telles que les excès vénériens, l'onanisme, les frayeurs intenses accompagnées d'une sensation physique violente (accidents de chemin de fer, naufrages, etc.).

La diversité même de ces causes, l'absence de tout effet produit par elles chez certains sujets, indiquent clairement qu'il y a au-dessus d'elles quelque chose de plus général. Ce quelque chose, nous l'avons déjà dit, et nous aurons l'occasion de le redire encore, c'est l'arthritisme.

Qu'est-ce donc que l'arthritisme ? Créé par Bazin pour englober dans un cadre commun des accidents en apparence fort dissemblables,

ce mot a été défini : une diathèse. Mais la science moderne qui ne se paie pas de mots, a le devoir de chercher ce qu'il y a sous celui-là.

Une diathèse, c'est dit-on, une forme particulière d'organisation, qui imprime à toutes les manifestations pathologiques un caractère spécial. C'est ainsi qu'un sujet en puissance de diathèse rhumatismale verra se développer une attaque de rhumatisme aigu sous l'influence d'une contusion articulaire, d'une entorse, qui chez certains sujets, déterminerait au point frappé l'apparition d'une tumeur maligne ; que la tuberculose évoluera d'une façon spéciale chez des malades migraineux, angineux, hémorrhoidaires, que M. Lancereaux a décrits sous le nom d'herpétiques. Mais la difficulté n'est pas résolue. De ce qu'on a réussi tant bien que mal à déterminer les caractères de la diathèse, il ne s'en suit pas qu'on la connaisse. Aussi a-t-on dû chercher plus loin, et aujourd'hui à l'idée vague de la diathèse, du tempérament, se sont substituées deux notions, l'une presque vulgaire, l'autre presque ignorée ; la notion du trouble chimique et celle du désordre nerveux héréditaire.

De la première, nous n'avons qu'un mot à dire. La caractéristique chimique de l'arthritisme, c'est le ralentissement des échanges nutritifs. Ce ralentissement de la nutrition a été surtout fixé par M. Bouchard dans des études

trop connues pour que nous ayons autre chose à faire que les mentionner.

Rappelons cependant brièvement les données aujourd'hui précises sur lesquelles s'appuie la chimie de l'arthritisme.

On doit à M. Gautrelet une méthode d'analyse qui donne des résultats presque mathématiques. Au lieu de faire un dosage absolu des éléments constitutants de l'urine, M. Gautrelet pratique un dosage relatif, c'est-à-dire qu'il rapporte les chiffres trouvés non pas à une quantité quelconque d'urine, mais aux divers attributs du sujet lui-même. Pour prendre un exemple, soit deux malades qui excrètent l'un 25 grammes, l'autre 40 grammes d'urée par jour. Avec les méthodes habituellement suivies ces quantités indiqueront chez le premier une diminution, chez le second une augmentation des oxydations. En appliquant la méthode de M. Gautrelet, on peut arriver à un résultat inverse. Si, en effet, le poids du premier malade est très faible, celui du second très considérable, il se peut que la proportion d'urée soit en réalité trop faible pour ce dernier, et trop forte pour l'autre.

Sans entrer dans plus de détails, nous rappellerons encore que la méthode du chimiste de Vichy a permis de montrer que chez les arthritiques, il y a toujours abaissement des produits normaux de la nutrition, même de l'acide urique, contrairement à ce qu'on serait tenté

d'admettre, et au contraire augmentation ou simplement présence de produits anormaux tels que l'indican, le skatol, l'indol, l'urotiline, produits qui font défaut ou sont à peine présents dans les urines normales, et dont la constatation implique non seulement le ralentissement, mais encore la viciation des processus nutritifs.

Le point intéressant des recherches de M. Gautrelet c'est qu'elles permettent de découvrir l'arthritisme sous le complexe symptomatique des névroses comme la neurasthénie, et, dans un travail récent dû à M. Vigouroux, dont nous avons déjà parlé, cette constatation entre la neurasthénie et l'arthritisme est évidente. Il en est de même chez un malade. Toutes les fois que l'analyse des urines a pu être faite selon les principes que nous venons d'exposer, elle a donné un résultat concordant absolument avec ceux qu'obtenait M. Vigouroux chez ses neurasthéniques.

Mais, à notre avis, la difficulté n'est encore que reculée; car l'idée qui fait dépendre ce ralentissement d'habitudes acquises a plus d'apparence que de vérité. L'observation attentive fait souvent voir dans ces habitudes un résultat et non une cause.

Nous avons trouvé dans un travail dû à un élève de M. Verneuil, le Dr Isch-Wall, une interprétation pathogénique que nous jugeons plus satisfaisante. Pour M. Isch-Wall, l'arthri-

tisme n'est autre chose qu'une dégénérescence lente et progressive du système nerveux, non pas dans l'individu mais dans la race, dégénérescence qui peut être retardée et ralentie par une hygiène convenable, mais dont l'évolution au contraire est hâtée par l'intervention de toutes les circonstances débilitantes que nous citons plus haut.

PRONOSTIC

Influence réciproque de la névrose cardiaque et des maladies infectieuses.

Le titre de ce chapitre soulève un problème du plus haut intérêt. Disons-le immédiatement, nous n'avons pas la prétention d'en donner la solution complète ; nous nous bornons à l'indiquer : laissant à de plus favorisés que nous le soin de compléter les données un peu sommaires que nous avons pu réunir.

La question est double. Bien que pendant longtemps les névroses aient pu être considérées dans une certaine mesure comme des agents de préservation : bien que, en ce qui concerne la tuberculose chez les névropathes, on soit arrivé par la clinique à considérer certains états névropathiques comme constituant chez les tuberculeux une préservation relative, il n'en est pas moins vrai que les agents infectieux trouvent dans les états de dépression nerveuse une cause d'appel. La phtisie, la pneumonie, la broncho-pneumonie, le choléra, frappent avec une fréquence bien connue les alié-

nés ; la localisation méningée de la tuberculose est plus commune chez les descendants de névropathes, névropathes eux-mêmes. On peut donc se demander, si en raison de leur névrose, les malades que nous avons en vue n'offrent pas un terrain plus favorable aux infections cardiaques.

A cette question s'en ajoute une autre, quel sera, sur l'organe central de la circulation l'influence de ces deux facteurs : l'infection et la névrose ?

Pour répondre à la première question, interrogeons les faits. Ils nous enseignent que le cœur est un des organes le plus souvent atteints dans les affections qui relèvent directement de l'arthritisme : goutte, rhumatisme, chorée. Ici le rapprochement s'impose : que sont en effet nos névrosés ? des arthritiques ! N'y a-t-il pas là comme la révélation d'un état spécial de prédisposition, qui nous monte dans le cœur une sorte de *locus minoris resistentiæ* ? A la vérité, il manque un critérium : les rhumatisants, dont le cœur est touché, ont-ils présenté avant leur endocardite des désordres attribuables à une affection nerveuse ? Pour répondre à cette question, il faudrait des faits : nous n'avons que les souvenirs. Du moins sont-ils précis.

Chez tous les jeunes sujets affectés de cardiopathies rhumatismales que nous avons pu

interroger à ce point de vue nous avons découvert dans les antécédents des crises de palpitations ; à la vérité nos investigations n'ont porté que sur un nombre restreint de cas, et remontent à une époque où nous n'attachions pas la même importance qu'aujourd'hui à cette succession de phénomènes. Mais il nous semble qu'il y a là plus qu'une coïncidence, et qu'en tous cas la question vaut la peine d'être examinée de près.

Pour le second point, il nous paraît certain que les sujets en puissance de la névrose cardiaque présentent facilement, non-seulement des localisations cardiaques dans le cours d'une maladie infectieuse, mais encore que ces localisations offrent une gravité plus grande. C'est la conclusion à laquelle est arrivé notre compatriote Hayder-Mirza, qui, dans sa thèse sur « *Le cœur dans la grippe* » rapporte des observations qui nous semblent probantes.

Mais ce n'est pas tout. De même que la localisation infectieuse semble appelée, préparée et aggravée par la névrose préexistante, celle-ci semble à son tour rappelée par l'infection. Nous avons cité les faits d'Albot relatifs à la pseudo-angine de poitrine chez les cardiaques. Cet auteur a vu les accès pseudo-angineux apparaître au déclin de l'affection cardiaque, alors que les troubles de la non-compensation menacent la vie du malade.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic se fera surtout par la constatation de l'arthritisme, bien établi par l'étude des antécédents personnels et héréditaires et par l'analyse chimique complète des urines. On se rappellera ce fait curieux, que les désordres cardiaques du genre de ceux qui nous occupent, en mettant l'angine de poitrine et les poussées asystoliques de côté, n'accompagnent que fort rarement les affections organiques du cœur. On connaît le précepte formulé par Hirtz : s'il existe des palpitations, auscultez le poumon. Nous dirons, nous, interrogez le système nerveux, interrogez surtout l'état général.

Sans doute, on pourra se trouver embarrassé en présence de phénomènes stéthoscopiques simulant une affection mitrale, ou de douleurs angineuses, ou encore de dilatations cardiaques avec insuffisance tricuspidiennne.

C'est surtout dans l'évolution des accidents que l'on cherchera les éléments de diagnostic. S'agit-il d'une tachycardie ? On s'attachera à rechercher les symptômes cardinaux de la névrose de Basedow, et particulièrement ceux qui, suivant l'expression vulgaire, ne sautent pas aux

yeux ; tremblement, crises de diarrhée, signe de de Graëfe, et aussi cette perte de la résistance aux courants électriques mise en lumière par Charcot et Vigouroux.

Est-on en présence d'une série d'accès angineux ? On se rappellera que la vraie angine de poitrine est incompatible avec la prolongation de la vie, qu'elle laisse après elle, indépendamment de l'impression de terreur, des désordres cardiaques durables. On se souviendra que l'aura, le gonflement testiculaire, la crise de larmes ou de polyurie, appartiennent aux fausses angines.

Les intermittences cardiaques, le ralentissement permanent du pouls, se différencieront des mêmes phénomènes d'origine organique par l'absence de signes stéthoscopiques et de troubles circulatoires graves.

Quant aux pseudo-rétrécissements mitraux, aux crises asystoliques passagères, on ne devra accepter leur origine névrosique qu'avec les plus prudentes réserves, et après une analyse minutieuse les conditions générales du sujet.

Là encore, de même que pour les autres manifestations, c'est l'état général du malade, c'est l'évolution des accidents, leur disparition spontanée ou thérapeutique, *cette dernière dans des conditions qui aggraveraient une vraie maladie du cœur*, qui permettront au clinicien de poser un diagnostic.

TRAITEMENT

Le traitement doit viser deux indications. Tout d'abord on doit s'efforcer de modifier par l'hygiène la prédisposition, le fond nerveux des malades ; c'est le régime alimentaire convenablement choisi, les alcalins, qui joueront le principal rôle.

On écartera avec le plus grand soin les causes débilitantes, les excès, le tabac ; on s'efforcera d'éviter les émotions.

Contre la névrose cardiaque en elle-même, ce qu'il faut, c'est ne pas nuire. Donc, pas de digitale, dont l'effet est désastreux en pareil cas. Le bromure de potassium pourrait rendre quelques services, mais c'est surtout, nous le répétons, à l'hygiène générale qu'il faudra recourir.

Telles sont les grandes lignes de traitement dans l'affection qui nous occupe. Nous allons maintenant entrer dans le détail des indications et des moyens thérapeutiques opposables aux accidents.

Pour cela, nous passerons en revue les deux ordres de moyens susceptibles d'être employés. En premier lieu, les médicaments, et en second lieu le régime hygiénique.

1° Médications diverses.

Faut-il, en présence de désordres de rythme, recourir aux médicaments cardiaques ordinaires ? A certains malades, on sera tenté de donner de la digitale : à d'autres de l'iodure de potassium. Voyons ce que valent ces divers moyens.

La digitale, de l'avis de tous les médecins, est absolument contre-indiquée dans les tachycardies névropathiques, dans les arythmies ; l'observation de notre compatriote est typique à ce point de vue : nous y voyons la digitale aggraver les accidents, bien loin de les atténuer, nous tenons du malade lui-même que chaque prise de digitale, sous quelque forme que ce fût, granules de digitaline, macérations de feuilles, poudre, etc., était invariablement suivie d'une recrudescence des accidents. Mais, il s'agissait là de palpitations pures et simples. En serait-il de même en présence de fausses crises d'asystolie d'origine hépatique, gastrique, etc. ? Nous n'avons pas l'expérience de cette question, mais nous croyons que ces crises dépendent d'une excitation douloureuse des nerfs abdominaux, il est indiqué d'abord de faire disparaître les causes d'excitation, sans trop s'occuper du désordre cardiaque, que le

malade met naturellement au premier plan, mais que le médecin doit savoir rejeter à sa vraie place.

Quant à l'arythmie pure, la digitale ne trouverait son indication que s'il existait en même temps des désordres de la circulation veineuse, œdème, stases viscérales. Chez aucun de nos malades nous ne les avons constatés.

Iodure de potassium. — Très employé dans les affections cardiaques avec dyspnée, ce médicament est systolique, comme M. G. Sée l'appelle dans son livre, a-t-il son indication ici ? Si nous nous en rapportons à un de nos faits, il est plutôt mal toléré. Nous croyons cependant qu'il pourrait intervenir utilement dans certaines formes de dyspnée, à la condition d'être bien manié et bien surveillé.

Spartéïne. — Ce médicament, introduit dans la thérapeutique du cœur depuis quelques années, n'a pas les inconvénients des précédents, et nous croyons qu'à la dose de 5-10 centigrammes par jour il peut être employé sans danger. On sait, en effet, qu'il ne s'accumule pas et que son action est bornée à la tonification du muscle cardiaque. Mais, à notre avis, il ne faudrait pas l'employer dans les cas appartenant au type spasmodique. Ici, en effet, il ne ferait qu'augmenter les sensations pénibles du malade, sans améliorer en aucune façon l'innervation du cœur.

Médications calmantes. — L'opium, le bromure de potassium, les valériانات, le cannabis indica, ont été tour à tour employés. L'opium sous toutes ses formes devait naturellement être mis en œuvre, comme constituant le plus sûr des calmants. Malheureusement la réalité ne répond pas aux espérances. Déjà, en effet, Sydenham R. Whytt, et plus tard Krishaber s'accordaient à dire que l'opium ne donne pas en pareil cas les résultats qu'on serait en droit d'espérer. A cette déception est venu s'ajouter un danger. Aujourd'hui que la thérapeutique dispose d'un moyen rapide et sûr d'administrer l'opium, nous voulons parler de l'injection de morphine, on est trop porté à morphiniser ses malades. Le succès est si prompt, le soulagement si complet, que les patients réclament les premiers ce mode d'administration du médicament. Or, c'est précisément là qu'est le danger. Chez des sujets nerveux, les habitudes de ce genre se prennent facilement, et nous n'avons pas besoin d'insister sur les dangers de cette sorte d'accoutumance, plus à redouter assurément quand le système nerveux est déjà taré que chez des sujets sains.

Pour notre compte, nous hésiterions beaucoup à nous servir des opiacés. Nous avons d'ailleurs dans le bromure de potassium un moyen plus sûr, parce qu'il agit à longue

échéance, en modifiant avec une lenteur relative la réflectivité et l'excitabilité. Mais il ne faut pas non plus se laisser aller à l'abus, et croire que toute manifestation névropathique interne réclame la bromuration. A notre avis, c'est seulement à petites doses répétées, et comme adjuvant de la médication générale, que le bromure devrait être employé chez nos malades.

Quant au chloral, à l'antipyrine, aux somnifères divers tels que le sulfonal, la chloralose récemment introduite dans la thérapeutique par M. Charles Richet, nous croyons qu'il faudrait être très réservé dans leur emploi, en raison de l'accoutumance possible, et aussi à cause de la diminution de tension vasculaire qui suit l'administration de ces médicaments. A la vérité, cet inconvénient existe avec les bromures, mais il semble moindre.

2° *Hygiène générale.*

Le premier principe, c'est d'écarter pour chaque malade la cause qui excite son système nerveux. Nous avons vu qu'à cet égard il y a de notables différences selon les sujets. Chez l'un, c'est le tabac ; chez un autre, le café ; chez un troisième, les excès vénériens ; chez quelques-uns, c'est la réunion de toutes ces causes

qui ramène les accidents. Ici comme toujours, le meilleur thérapeute est celui qui connaît son malade à fond, et est au courant de toutes ses tares et aussi de toutes ses ressources. Il faut avoir sur ses malades l'autorité nécessaire pour obtenir et au besoin pour imposer la cessation d'habitudes mauvaises, mais il faut bien reconnaître que leur disparition peut être difficile à obtenir.

Le névropathe cardiaque étant un arthritique, il faut évidemment tenir grand compte de la diathèse préexistante. Nous avons vu en parlant de la caractéristique chimique de l'arthritisme, quelles indications précises donne l'analyse méthodique des urines. On se rappellera qu'il ne s'agit pas de donner aux malades un régime alimentaire surabondant, mais bien une hygiène en rapport avec leurs besoins réels. A ce régime, on adjoindra les alcalins, les cures à Vichy, le bicarbonate de soude à dose plus ou moins élevée suivant les cas.

Quant à l'hydrothérapie, elle peut rendre les plus grands services, soit sous forme de douches, soit à l'état de bains froids dont un de nos malades a retiré un grand bénéfice.

Faudra-il, dans certains cas, user de la médication tonique proprement dite? Bien que cette médication soit souvent contraire aux arthritiques, nous croyons qu'il ne faut pas systémati-

quement l'exclure. Chez certains sujets atteints, à la suite d'excès, de cette faiblesse irritable dont nous avons fait un épisode de la neurasthénie, une telle médication pourra et devra trouver son emploi.

CONCLUSIONS

I. — Il existe une névrose particulière, dont les désordres cardiaques constituent le phénomène prédominant.

II. — Cette névrose est un épisode de l'arthritisme. Elle est provoquée et entretenue par toutes sortes de causes extérieures, intoxications, excès, émotions, mais ces causes sont simplement occasionnelles.

III. — Les manifestations de cette névrose sont variées, mais elles présentent une fixité assez grande chez un malade déterminé.

IV. — La névrose cardiaque constitue une provocation aux localisations cardiaques infectieuses. Réciproquement, celles-ci peuvent la faire apparaître ou l'aggraver.

V. — Le traitement doit être avant tout hygiénique et prophylactique : on s'efforcera de réa-

gir contre le ralentissement de la nutrition et d'écarter toutes les influences susceptibles d'agir défavorablement sur le cœur.

Vu par le Président de la thèse,

DIEULAFOY

Vu par le Doyen,

BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer,

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD

